Ueber die Bedeutung des Fiebers in der Geburt.

Klinisch statistische Mitteilung über 126 Fälle aus der Universitäts-Frauenklinik der Königl. Charité.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

VON

Regina Schur
geb. Frumkin
aus Kowno (Rußland).

Tag der Promotion: 5. August 1910.

Berlin 1910
Druck von Emil Ebering
Mittelstraße 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Bumm.**

Dem Andenken meiner unvergeßlichen Mutter

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535712_0222

Unter Fieber verstehen wir einen Symptomenkomplex, bei welchem die aus inneren Gründen zustande kommende Temperaturerhöhung die hervorragendste Rolle spielt.

Als Ursache gelten gewisse toxische Stoffe, Bakteriengifte oder auch Zerfallprodukte von Bestandteilen des Organismus. Die Temperaturerhöhung ist also als Zeichen dafür, daß pathologische Zustände im Körper vorhanden sind, zu betrachten. Ueber die Aetiologie des Fiebers, das während der Geburt auftritt, herrschen noch verschiedene Ansichten. Manche Autoren (Adler, Kaute, Glöckner, Olshausen, Winter, Wichmann) wollen gewisse Fälle von Fieber als etwas Physiologisches ansehen, als hervorgerufen durch erhöhte Muskelarbeit und Nerventätigkeit während der Geburt, als sogenanntes funktionelles Fieber.

Sie rechnen hierzu diejenigen Fälle, wo das Fieber gleich nach der Geburt, also nach Aufhören der Wehentätigkeit abfällt, wo gewisse abnorme Widerstände, wie etwa ein enges Becken, eine besondere Arbeitsleistung vom Organismus verlangen, und bei denen der Puls verhältnismäßig niedrig ist. So findet Glöckner: „daß bei abnormen Widerständen (engem Becken) Wehen und Temperatur in einer derartigen Wechselbeziehung stehen, daß in der Regel mit dem Widerstande die Wärmeentwicklung andauernd und oft weit über die normale Grenze hinaus ansteigt, falls

die Natur bestrebt ist, das Hindernis durch anhaltende vermehrte Arbeitsleistung zu überwinden. Die Wärmebildung ist dabei um so höher, je weniger lebendige Arbeit geleistet wird, je nachteiliger also der Arbeitseffekt kräftiger Wehen durch mechanische Hindernisse beeinflußt und beeinträchtigt wird, d. h. also mit anderen Worten: Die Temperaturerhöhung in der Geburt findet häufig ihre alleinige Erklärung in gesteigerter Wehentätigkeit bei abnormen Widerständen".

Diese Autoren halten die Temperatursteigerung in diesen Fällen nicht für pathologisch, sondern für physiologisch. Gegen diese Ansicht äußerte sich zu allererst Ahlfeld, der jede Temperatursteigerung bei Kreißenden als Intoxikations- oder Infektionsfieber ansieht. Als Gegenbeweis gegen die Theorie des funktionellen Fiebers teilt er seine Beobachtungen mit, daß sich das Fieber nämlich meist an eine Periode von Wehensschwäche anschließt und erst nach Beginn der Temperatursteigerung stärkere Wehen einsetzen. Nach Ahlfeld suchen Menge und Krönig in der Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals das Nichtvorhandensein des funktionellen Fiebers zu beweisen.

Krönig stellt zuerst theoretische Ueberlegungen an, die die Unwahrscheinlichkeit einer funktionellen Temperatursteigerung zeigen. Ausschlaggebend sind aber seine bakteriologischen Untersuchungen. Er zeigte durch Versuche, daß, obgleich das Fruchtwasser bei gesunden Kreißenden keimfrei ist, es gleichzeitig einen guten Nährboden für Streptokokken, Staphylokokken und andere Bakterien bietet. In allen von ihm beobachteten Fieberfällen konnte er ohne Ausnahme bakteriologisch eine Vermehrung der Bakterien feststellen.

Das Fieber wird somit bedingt:

1. Durch das Eindringen infektiöser Mikroorganismen in das mütterliche Gewebe.

2. Durch die ausschließliche Resorption von Toxinen, gebildet durch die Stoffwechselprodukte pathogener Mikroorganismen an der Oberfläche des Genitalkanals, ohne daß die Bakterien selbst sich im Gewebe angesiedelt haben.

Eine gesonderte Stellung nimmt das Fieber während der Geburt bei Eklampsiefällen ein. Wir können die Temperatursteigerung, wie auch die manchmal auftretende starke Erniedrigung der Temperatur — Liepmann teilt einen Fall mit, wo die Temperatur bloß 35,8 betrug — als eine direkte Einwirkung des eklamptischen Giftes, das nach Liepmann aus der Placenta stammt, auf die wärmeregulierenden Zentren des Gehirnes auffassen.

Weshalb fällt aber das Fieber in vielen Fällen gleich nach der Geburt? — Wir haben 58 solche Fälle zu verzeichnen. Man kann diese Erscheinung nur dadurch erklären, daß das toxisch wirkende Fruchtwasser mit der Geburt entfernt wird und auf diese Weise weniger resorbiert werden kann. Dieselbe Erscheinung können wir auch beim Peritonealabzeß beobachten, wo nach Inzision und Drainage sehr hohes Fieber rasch abfällt.

Müller findet in der Läsion der mütterlichen Weichteile durch die vermehrte Arbeit, ihre Quetschung und Zermalmung und ferner in der Retention des Zervikalsekrets während der Eröffnungsperiode die Ursache des infektiösen Fiebers. Mit der Beendigung der Geburt fällt die Retention fort, das Fieber sinkt. Oder auch mit der Befreiung der Gewebe vom langen Druck wird eine ausgiebige Zirkula-

tion hergestellt, das Blut kann seine antibakteriellen Wirkungen entfalten und die Abstoßung mortifizierten Gewebes einleiten.

Sehen wir doch so häufig nach Ausräumung eines Abortes, der ohne Zweifel als septisch angesehen werden muß, vollkommenes Sinken der Temperatur.

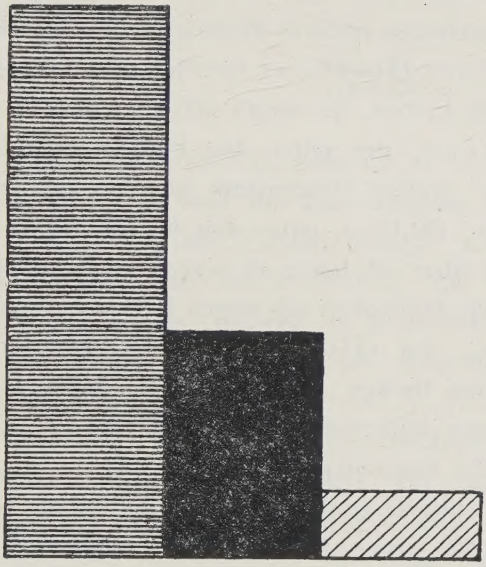
In der vorliegenden Arbeit habe ich mir die Aufgabe gestellt, die Fälle mit Fieber in der Geburt, die in der geburtshilflichen Klinik der Königlichen Charité von Januar 1906 bis Juli 1908 vorkamen, zusammenzustellen. Hierher habe ich alle die Fälle gerechnet, bei welchen die Temperatur 38° und darüber betrug.

Unter den 7216 Geburten hatten 126 Fieber während der Geburt. Dabei wurden von vornherein alle die Fälle, bei denen das Fieber durch extragenitale Ursachen bedingt war, ausgeschlossen. In Betracht kamen auch nur Geburten am normalen Termin, resp. Frühgeburten vom 7. Monat an. Aborte wurden nicht berücksichtigt. Zur besseren Uebersicht ist am Schluß meiner Arbeit das gesamte Material in systematische Tabellen zusammengestellt. Unter den 126 Fällen waren 10 mit Eklampsie verbunden, die ich, da als Grund für das Fieber die Eklampsie anzusehen ist, ausschaltete.

Wir sehen aus Tabelle I, daß die Zahl der Erstgebärenden mit Fieber in der Geburt wesentlich größer ist, als die Zahl der Mehrgebärenden.

Tabelle I.

Erstgebärende	68 =	58,6 %
Mehrgebärende	48 =	41,4 %
	116 =	100 %



Ahlfeldt	Glöckner	Schur
72,5 %	29,8 %	8,6 %

Das erklärt sich wohl dadurch, daß bei Primiparen häufiger eine Kontinuitästrennung und Quetschung der mütterlichen Gewebe stattfindet, die die Infektion begünstigen oder auch, daß die Geburtsdauer bei den Erstgebärenden gewöhnlich eine viel längere ist, als bei Mehrgebärenden, und die Primiparen somit der Infektion eher ausgesetzt sind.

Die Ergebnisse unseres Materials bestätigen in mancher Hinsicht die von Glöckner veröffentlichten Resultate über 211 Fälle mit Fieber. Es zeigte sich aber, daß im Gegensatz zu Glöckner, der unter den Fiebernden intra partum einen sehr großen Prozentsatz alter Erstgebärender gefunden hatte (32,1 %), unter den 68 Erstgebärenden nicht mehr als 7 über 30 Jahre alt waren, also nur 10,2 %.

Auch die Häufigkeit des engen Beckens konnte ich nicht konstatieren. Bei Glöckner hatten 29,8 % aller Fälle ein verengtes Becken, bei Ahlfeld sogar 72,5 %. Ich habe dagegen bloß bei 10 unter 116, also bei 8,6 %, ein enges Becken feststellen können.

Das wichtigste ätiologische Moment für das Fieber intra partum ist der vorzeitige Blasensprung. Bei allen fieberhaften Prozessen in der Geburt ist eine Infektion des Fruchtwassers wahrscheinlich, die viel leichter nach dem Blasensprung erfolgen kann, da dadurch mehr Gelegenheit zum Eindringen der Bakterien geboten ist.

Tabelle II.

Blasensprung.

Bis 5 Stunden vor der Geburt	22 Fälle	
Von 5—15 Stunden	22 „	
Von 15—30 Stunden	25 „	
Von 30—50 Stunden	14 „	50 = 53,1 %
Von 50—80 Stunden	7 „	
Ueber 100 Stunden	4 „	
Unbestimmt	22 „	
	116 Fälle	

In 50 Fällen, also in 53,1 %, wenn ich die unbestimmten Fälle außer Acht lasse, war der Blasensprung 15 Stunden bis mehrere Tage vor der Geburt erfolgt. Ich lege auf diesen hohen Prozentsatz der Fieberfälle mit vorzeitigem Blasensprung besonderes Gewicht, da in neuester Zeit von v. Herff behauptet worden ist, der vorzeitige Blasensprung schädige die Mutter nicht. Die v. Herffsche Behauptung findet sich also für die Universitäts-Frauenklinik der Königlichen Charité nicht bestätigt. Im Gegensatz zur Baseler Klinik war in der Königlichen Charité meist auch mit dem vorzeitigen Blasensprung eine lange Geburtsdauer verbunden. Dies konnte ich bei 78,1 % der Fieberfälle mit vorzeitigem Blasensprung feststellen.

In 11 Fällen trat das Fieber noch bei stehender Blase auf. Wir brauchen aber in diesen Fällen nicht den hohen Blasensprung anzunehmen, sondern wir wissen durch Versuche, die Hellendall an trächtigen Kaninchen angestellt hat, daß ein Durchwandern virulenter, stark eigenbeweglicher Bakterien durch die intakten Eihäute als durchaus möglich angenommen werden muß. Die Bakterien verbreiten

sich zwischen Uteruswand und Eihäuten aufwärts und dringen durch die Eihäute in das Fruchtwasser.

Ich will die 11 Fälle, die ein größeres Interesse beanspruchen, hier anführen.

Fall I. April 1906. Frau W., 19 Jahre, I. P. Wehenanfang 13. 4. 06. $9^1/_2$ p. m. Am 15. 4. 5,30 p. m. folgender Befund: Trotz Wehen Mm 10 Pfg.-Stück groß. Cervix verstrichen. I. Fußlage. Temperatur 38,7. Puls 104. Es wird die Blase gesprengt, der Fuß herabgeholt. Danach kräftige Wehen. Um 8 h. p. m. wird das Kind bis zum Nabel geboren. Wegen Kontraktion des unteren Uterusabschnittes gelingt es nicht, den Kopf zu extrahieren, erst nach 5 Minuten. Kind indessen abgestorben. Patientin wurde draußen nicht untersucht. Wochenbett: Den 16. 4. 06 Temperatur 36. 17. 4. Temperatur 41. P. 144. Uebelriechender Ausfluß. Empfindlichkeit des Uterus. In der Portio nekrotische Fetzen. Zweimal Schüttelfröste. Am 20. 4. Leib aufgetrieben. Patientin unruhig. Nachts Exitus.

Sektions-Protokoll: Puerperale Pyämie. Septische Endometritis. Cervixriß. Parametritis und septische Oophoritis. Septische Lungeninfarkte.

Fall II. Juni 1906. Frau Sch., 19 Jahre, I. P. Wehenanfang 31. 5. 06 4 h. p. m. Am 1. 6. 9,15 h. a. m. Mm. 3-Markstück groß. Blase steht. Kopf fest im Beckeneingang. Weißlicher Belag im Scheideneingang und starke schleimige Absonderung. 1. 6. 3,30 h. p. m. Temperatur 38,7; Puls 120. Blase wegen Temperatursteigerung gesprengt. 8. h. p. m. Temp. 39,7 Mm. 5-Markstück groß. Kopf fest im Beckeneingang. Scheidenspülung. Nach der-

selben Tp. 38,8. 11 h. p. m. Befund derselbe. Herztöne gut. 2. 6. 3,30 h. a. m. Spontane Geburt. Dammriß I. Kind lebt. Tp. fällt auf 36,7. Wochenbett: 3. 6. Tm. 40. Diplokokken Stäbchen +. Am. 5. 6. Tp. 39. 6. 6. Tp. 39—38. Temperatursteigerung bis zum 8. Wochenbettstag. Am 24. 6. als geheilt entlassen.

Fall III. Juli 1906. Frau B., 23 Jahre, I. P. Wehenanfang 10. 7. 6 h. p. m. Am 13. 7. 7 h. a. m. Tp. 38,2, Puls 120. Am 13. 7. 10,45 h. a. m. Tp. 38,5. Da Wehen schlecht und Temperatur ansteigt, wird Champetier eingelegt. 13. 7. 4,40 h. p. m. Ausstoßung des Ballons. 13. 7. 5,35 p. m. Blasensprung. 13. 7. 6,30 p. m. Geburt spontan. Kind im 8. Monat lebt. Wochenbett: 14. 7. Leibschmerzen, Durchfall. Tp. normal. 20. 7. Coagula im Cervix. Blutung. Tp. 39,8. Scheidenspülung. In Narkose eingegangen. Placentarrest ausgeräumt. Nachcurettement. Ausspülung mit 4 Liter 50 prozentigem Alkohol. 2 Ergotinspritzen. 21. 7. Puls und Temp. normal. Gesund entlassen.

Fall IV. Frau H., $15^1/_2$ Jahre, I. P. Pat. hat vor 15 Tagen mit schwachen Wehen einen Tag auf dem Kreißsaal gelegen. Vor 8 Tagen, wie auch vor 2 Tagen desgleichen. Am 13. 7. Kopf tief im Becken. Mm. für 1 Finger durchgängig. Cervix verstrichen. Blase steht. Seit gestern Abend wieder schwache Wehen, die gegen Morgen sistieren. 13. 7. 7 h. a. m. Tp. 39,5. Puls 112.

13. 7. 10,30 a. m. Blasensprung während der Untersuchung. Kurz vorher Scheidenspülung mit 4 Liter Sublimatlösung. 13. 7. 11 h. a. m. Tp. 38,2. 12,30 p. m. Geburt spontan. Kind lebt, 3130 g schwer. Wochenbett: Nach der Geburt Frost. Nachmittags-

temperatur 36,8. Abends Schüttelfrost. Temp. 39. 14. 7. Wunden an der Portio und Scheideneingang sehen frisch aus. Im Cervix große Gerinnsel. Unterleib druckempfindlich. Erbrechen. 15. 7. Leib ganz weich, nicht gespannt. Tp. 39. Puls 140, klein. 16. 7. Kein Erbrechen, kein Aufstoßen. Puls klein, aber regelmäßig. Ausfluß nicht riechend. Sekretentnahme — im Präparat Streptokokken. 2 h p. m. 20 ccm Antistreptokokkenserum. 17. 7. Pat. hat Auswurf und Halsschmerzen. 18. 7. Zweimal Erbrechen. 23. 7. Uterus noch empfindlich. 25. 7. Uterus kleinhandteller groß. Blutiger Ausfluß. 29. 7. Linkes Bein schmerzhaft. 8. 8. Beiderseits am Uterus ein kleinfingerdicker Strang, der links der Tube entspricht, rechts tiefer mehr den Gefäßen des Colons anzugehören scheint. 14. 8. Austritt aus dem Krankenhaus.

Fall V. September 1906. Frau H., 23 Jahre, III. P. Am 27. 9. 06 Tp. 39. 28. 9. 06 Blasensprung.

28. 9. 4 h. a. m. Wendung und Extraktion. Perforation (Kind im 7. Monat). Alkoholspülung. Uterusinhalt war stinkend zersetzt. 28. 9. 10,30 h. a. m. Tp. 37,6. Puls 96. Wochenbett: normal.

Draußen nicht untersucht.

Fall VI. Oktober 1906. Frau Sch., 22 Jahre. I. P. Lues! Wehenanfang 14. 10. 5 p. m. 15. 10. 7,30 p. m. Tp. 38,4. 10,15 p. m. Blasensprung. 15. 10. 10,30 p. m. Geburt spontan. Kind marceriert. Wochenbett: Die ersten 10 Tage Fieber bis 39, vom 10. Tage an normal.

Draußen nicht untersucht.

Fall VII. Dezember 1906. Frau Sch., 19 Jahre. I. P. Lues! An der linken Schamlippe Ulcus. Wehenanfang

27. 12. 7 h. p. m. 28. 12. 4,30 p. m. Tp. 38,1. 28. 12. 6 p. m. Operation des Ulkus.

31. 12. 7 h. p. m. Blasensprung. 8,30 Geburt spontan. Kind lebt. Wochenbett: normal.

Draußen von Hebamme untersucht.

Fall VIII. Juni 1907. Frau R., 25 Jahre. II. P. Erstes Kind spontan. Allgemein platt verengtes Becken. Am 10. 4. 9 a. m. Wehenanfang. 9,30 a. m. Mm. vollständig erweitert. Tp. 39,1. Blase steht. Es wird die Wendung mit nachfolgender Extraktion gemacht. Fruchtwasser stinkt stark. Placenta folgt. Alkoholspülung. Ergotininjektion. Wochenbett: Am Abend Temp. 39. Im Präparat Mischinfektion. 3.—4. Tag Tp. 38,2; 5. Tag Tp. normal. Weiterer Verlauf normal.

Draußen von Arzt und Hebamme untersucht.

Fall IX. Oktober 1907. Frau W., 36 Jahre. III. P. Placenta praevia. Am 4. 10. 07 erwacht die Pat. um 2 Uhr nachts durch starke Blutung. Wehen hatte sie noch keine gehabt. Der Arzt, der um 3,45 kam, chloroformierte die Pat. und tamponierte mit Watte. Um 2 Uhr nachmittags begannen sehr schmerzhafte Wehen. Um 6 h. p. m. nahm der Arzt den Tampon heraus. Die Wehen dauerten die ganze Nacht. Pat. verlor immer etwas Blut. Am 5. 10. sandte der Arzt die Pat. in die Charité. Am 4. 10. meint die Pat. noch Kindesbewegungen gefühlt zu haben. Bei der Einlieferung in die Klinik Tp. 38,4. Puls 120. Mm. 5-Markstückgroß. Vorliegender Teil: Steiß und Fuß. Da Pat. um 2,15 h. p. m. einen Schüttelfrost bekommt, di Tp. 41 ist, die Geburt nicht weiter geht, wird die Blase gesprengt und das Kind extrahiert. Placenta nach Credé expr. Kind im 8. Monat tot. Wochenbett: 5. 10. Schüttelfrost. Tp. 42,2. Im Sekret Diplo-

kokken. 7. 10. Schüttelfrost. Tp. 39,5. Injektion von 30 ccm Serum. 9. 10. nachts Schüttelfrost. Tp. 40,2. 10. 10. Schüttelfrost. Tp. 40,2. Hierauf Absinken der Temperatur und dauerndes Wohlbefinden. 19. 10. entlassen.

Fall X: Januar 1908. Fr. R. H., 18 Jahre, I. P. Wehenanfang 7. 1. 08 a. m. Am 8. 1. 4,30 a. m. Tp. 38,8, P. 84. Kopf fest im Beckeneingang. Blase steht. Mm. kleinhandtellergroß. 8. 1. 8,30 a. m. Blasensprung. 11. a. m. Geburt spontan. Kind lebt. Nach der Geburt Tp. 36,8. Wochenbett: Dauernd normal. Draußen nicht untersucht.

Fall XI: Juni 1908. Fr. Ph., 33 Jahre, 5. Geburt. Wehenanfang 29. 5. 08. Wegen drei Tage lang dauernder Wehenschwäche bei abgestorbenem Kind, T. 38 wird Pat. der Charité überwiesen. 1. 6. Cervix entfaltet. Mm. 1-Markstück groß. Blase steht. Es liegt ein frei schlottender Kopfknochen vor. Herztöne nicht zu hören. 2. 6. 5. a. m. Blasensprung. Danach kräftige Wehen. 7,45 a. m. Spontangeburt. Trotz Ergotin und Credé löst sich die Placenta nicht. Temp. 38,2. In Narkose Credé versucht und dann manuelle Lösung der Placenta. Darauf ausgiebige Spülung mit essigsaurer Tonerde. Wochenbett völlig fieberfrei. Draußen zweimal vom Arzt untersucht.

Wir sehen, daß bei fast allen diesen Fällen das Fieber sich auch auf das Wochenbett fortsetzt und daß das Fruchtwasser stinkend zersetzt ist. Im Falle I ist die Frau an puerperaler Sepsis zugrunde gegangen. Im Fall VI sehen wir, daß, obwohl der Ausfluß nicht riechend war, im Sekret Streptokokken zu finden waren. Das Fieber war also in diesen Fällen, trotz der noch stehenden Blase, wie der Verlauf dieser Fälle uns zeigt, durch Infektion des Frucht-

wassers bedingt. Alle diese Fälle bis auf Fall IV, bei dem die Frau im Touchierkurs untersucht worden ist, wurden in die Klinik bereits mit Fieber eingeliefert, so daß die Infektion außerhalb der Klinik stattgefunden haben muß. Im Fall IX ist die Infektion durch die Placenta praevia oder auch durch die Eingriffe, die sie schon außerhalb der Klinik veranlaßt hatte, begünstigt worden. Bei den Fällen V, VI, und X wurde auch draußen nicht untersucht. Die Frage, wie die Infektion in diesen Fällen bei noch stehender Blase zustande gekommen ist, muß ich offen lassen.

Neben dem vor- und frühzeitigen Blasensprung begünstigt die langdauernde Geburt überhaupt die Entstehung des Fiebers unter der Geburt.

Tabelle III.

Geburtsdauer.

	Primapara		Multipara	
Bis 20 Stunden	20		12	
Von 20—30 Stunden	14		15	
„ 30—40 „	10		1	
„ 40—50 „	7		4	
„ 50—60 „	3	46 = 67,6 %	4	29 = 60,4 %
„ 60—80 „	3		1	
„ 80—100 „	4		3	
Ueber 100 Stunden	5		1	
Unbestimmt	2		7	
		75 = 64,6 %		
	68		48	
		116		

In 64,6 % aller Fälle dauerte die Geburt mehr als 20 Stunden und in 20,7 % sogar mehr als 50 Stunden bis

über mehrere Tage. Auffällig ist die sehr lange Geburtsdauer bei Mehrgebärenden. Wir sehen, daß in 60,4 % die Geburt mehr als 20 Stunden gedauert hat. In 16 Fällen, also 55,1 % war wohl der vorzeitige Blasensprung die Ursache dieser langen Dauer der Geburt bei Mehrgebärenden.

Was die Prognose des Fiebers in der Geburt betrifft, so herrschen in der Literatur noch verschiedene Ansichten. Winter hält auf Grund seiner Erfahrungen die Prognose des Fiebers in der Geburt im allgemeinen für günstig. Nur selten bedeutet das Fieber intra partum eine beginnende schwere, sogar tötliche Infektion. Krönig dagegen hält die Prognose der Fiebersteigerung in der Geburt im allgemeinen für eine ungünstige.

Ich muß auf Grund meiner Fälle mich der Ansicht Winters anschließen.

Tabelle IV.

Wochenbett.

Summa	Vollkommen fieberfrei	1 oder 2 Tage Fieber	Langdauerndes Fieber	Exitus
72 spontane Geburten	44 = 61,1 %	14 = 19,4 %	14 = 19,4 %	0
44 operative Geburten	14 = 31,8 %	8 = 18,2 %	18	4
			22 = 50 %	
116 = 100 %	58 = 50 %	22 = 19 %	36 = 31 %	

Wie aus Tabelle IV zu ersehen ist, war in 50 % das Wochenbett vollkommen fieberfrei, in 19 % fast fieberfrei

und nur in 31 % setzte sich das Fieber auch auf das Wochenbett fort. Todesfälle waren 4, also 3,4 %.

In Glöckners Statistik sind 55 % mit fieberfreiem Wochenbett, 15,6 % leicht fieberhaftem und bloß 22,7 schwer fieberhaftem Wochenbett verzeichnet. Ahlfeld berichtet, daß 35,5 % von den 62 Geburten mit Fieber normales Wochenbett hatten, 29 % fast normales und 35,5 % fieberhaftes Wochenbett mit drei Todesfällen.

Dabei ist zu beachten, daß in meiner Statistik bei den Spontangeburten das Wochenbett viel günstiger verlief als bei den operativen, nur in 19,4 % der 72 spontan verlaufenden Geburten war länger andauerndes Fieber im Wochenbett vorhanden, von den operierten Fällen dagegen bei der Hälfte aller Fälle. Die vier Todesfälle an puerperaler Sepsis fallen auch den Operierten zur Last.

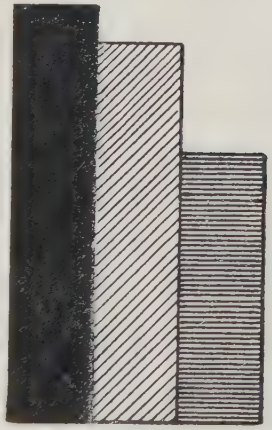
Aus diesem Grunde ist es sehr erfreulich, daß in 62 % aller Fälle der spontane Verlauf abgewartet wurde.

Tabelle V.

Spontane Geburten	72 = 62 %
Operative Geburten	44 = 38 %
	116 = 100 %

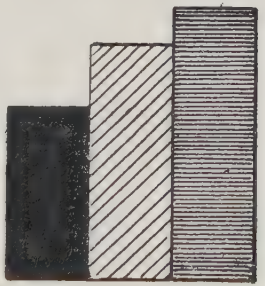
(Bei Ahlfeld 51,6 % und bei Glöckner sogar nur 46,8 % spontane Geburten).

Vollkommen fieberfrei



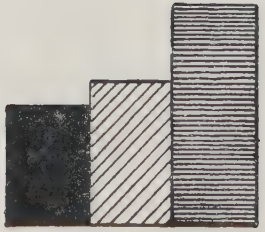
Glöckner 55% Schur 50% Ahlfeld 35,5%

fast vollkommen fieberfrei



Glöckner 15,6% Schur 19% Ahlfeld 29%

Fieber



Glöckner 22,7% Schur 31% Ahlfeld 35,5%

Tabelle VI.

Operation und Wochenbettsverlauf.

	Vollkommen fieberfrei	1—2 Tage Fieber	Langdauernd. Fieber	Exitus	Summa
Zange	7 = 53,8 %	2 = 15,4 %	4 = 30 %	0	13 = 100 % darunter 5 hohe Zang.
Wendung u. Extraktion	1	2	5	0	8
Perforation	3	2	4	1	10 2mal Perf. d. leb. Kind.
Decapitation	0	0	0	1	1
Pubotomie	0	0	2	0	2
Totalexst. nach Uterusruptur	0	1	1	1	3
Extraktion	2	1	2	0	5
Champetier	1	0	0	0	1
Herabhol. d. Fußes	0	0	1	1	1
	14 = 31,8 %	8 = 18,2 %	18=40,9 % 4=9,1 % 22 = 50 %		44 = 100 %

Wie aus Tabelle VI zu ersehen ist, wurde die Zange 13 mal angelegt, darunter 5 hohe Zangen. Von den 8 Wendungen mit nachfolgender Extraktion war nur einmal das Wochenbett fieberfrei. Perforationen wurden 10 gemacht, darunter zweimal am lebenden Kinde, dreimal Totalexstirpationen nach Uterusruptur, zweimal Pubotomie bei engem Becken. In beiden Fällen war Fieber im Wochenbett. 5 Extraktionen, einmal Herabholen des Fußes bei Fußlage und einmal Decapitation bei einer II. Para. Etwa vor einem Jahr wurde dieser Frau die Portio amputiert. An Stelle der Cervix liegt ein fester Ring vor, der nur drei

Finger durchläßt. Wendung, wie auch Perforationsversuch mißlingt. Der Arm wird herabgeholt, und es gelingt die Decapitation zu machen. Die Operation wurde am 11. 4. gemacht. Temperatur während der Geburt 39,1, Puls 116. Am 12. 6. im Ausstrichpräparat Streptokokken. Temperatur 40,3, Puls 145. Am 2. 6. starb die Patientin. Die Sektion ergab eine Thrombophlebitis septica.

Der zweite Todesfall erfolgte nach einer Perforation bei engem Becken und Temperatur 38,5. Die Temperatur fällt nach der Perforation und ist 24 Stunden normal. Dann steigt sie wieder auf 38,1 und am 5. Tage ist sie 40,5. Diese Temperaturen mit fortgesetzten Schüttelfrösten dauern drei Wochen lang bis zum Exitus. Sektionsbefund: Sepsis puerperalis. Thrombose der Vena cava inf.

3. Todesfall. Frau Gr., 27 Jahre, I. P. Seit 5—6 Tagen keine Kindsbewegungen mehr. Am 3. 5. 4 h. p. m. starkes Erbrechen, stark verfallenes Aussehen. Temperatur 39,4, Puls 120—160. Die innere Untersuchung ergibt eine Steißlage. Das tote Kind wird mit dem Haken extrahiert. Rechts am Uterus leichte Dämpfung. Uterus druckempfindlich. Placenta folgt nicht und wird vorläufig nicht exprimiert. Atmung 40. Da der Zustand schlechter wird und im Abdomen in den abhängigen Partien Dämpfung ist, wird eine Punktion rechts gemacht. Aspiration von dünnflüssigem Eiter. Im Präparat Streptokokken. Deshalb Laparotomie. Es entleert sich reichlich Eiter. Apendix frei. Im Darm und Magen keine Perforation. Die Adnexe sind verklebt und mit Membranfetzen verdeckt. Der ganze Douglas eitergefüllt. Um gute Drainage zu haben, wird Uterus samt Adnexen extrahiert. Pat., die bis Schluß der Operation

geatmet hat, fällt in Agonie. Exitus. Sektionsbefund: Fibrinös eitrige Peritonitis.

Der 4. Todesfall — nach Herabholen eines Fußes und Extraktion — ist der schon vorhin ausführlich berichtete Fall, wo das Fieber noch bei stehender Blase auftrat.

Auch die Prognose für das Kind ist bei den spontanen Geburten eine viel günstigere.

Tabelle VII.

Kinder.

Lebend geboren	68 =	56,6 %
Tot geboren	42 =	35 %
Starben nach kurzer Zeit	10 =	8,4 %
	120 =	100 %

Bei spontanen Geburten.

Lebend geboren	49 =	64,5 %
Tot geboren	20 =	26,3 %
Starben	7 =	9,2 %
	76 =	100 %

Bei operativ beendeten Geburten.

Lebend geboren	19 =	43,2 %
Tot geboren	22 =	50 %
Starben	3 =	6,8 %
	44 =	100 %

Tab. VII zeigt uns, daß im allgemeinen die Prognose für das Kind bei Fieber der Mutter während der Geburt eine schlechte ist. Lebend geboren wurden bloß 56,6 % (abzüglich der 2 Perforationen am lebenden Kind 55 %). Von

den operativ beendeten Geburten waren nur 43,2 % der Kinder lebend zur Welt gekommen. Der hohe Prozentsatz der toten Kinder ist durch die lange Geburtsdauer, vorzeitigen Blasensprung und auch dadurch zu erklären, daß ein Einwandern der Keime vom infizierten Fruchtwasser in den Fötus erfolgt, sei es durch vorzeitige Atmung und Verschlucken des Fruchtwassers oder auch durch spontane Einwanderung der Bakterien durch Mund, Nase oder After des Kindes. Es ist aber auch möglich, daß das Kind durch die gesteigerte Temperatur allein geschädigt wird, da ja der Fötus naturgemäß höhere Temperatur hat als die Mutter und die wärmeregulierenden Momente fortfallen. 8,4 % der Kinder starben 1—2 Tage nach der Geburt. Die Ursache des kurz nach der Geburt eintretenden Todes ist auch meist eine bakterielle. Es handelt sich gewöhnlich um Bronchiopneumonie oder um eine allgemeine Sepsis.

Die Frage, ob die Höhe des Fiebers in der Geburt für die Prognose von Wichtigkeit ist oder nicht, wurde viel bestritten Glöckner kommt zu dem Schluß: „Je niedriger das Fieber in der Geburt, desto größer die Wahrscheinlichkeit eines normalen Wochenbetts.“ Ihm und Hellendall sind dagegen der Ansicht, daß die Höhe des Fiebers in der Geburt nicht proportional der Schwere des Wochenbettsverlaufs ist, daß sie allein die Prognose noch nicht schlecht macht. In Tabelle VIII sind alle Fälle mit Fieber in der Geburt über 39° zusammengestellt.

Tabelle VIII.

28 Fälle mit Fieber über 39.

Wochenbett.

	Vollkommen fieberfrei	1—2 Tage Fieber	Langdauernd. Fieber	Summa
Spontane Geburten	8 = 57,1 %	2 = 14,3 %	4 = 28,6 %	14 = 100 %
Operative Geburten	4 = 28,6 %	3 = 21,4 %	7 = 50 %	14 = 100 %
	12 = 42,8 %	5 = 17,8 %	11 = 39,3 %	28 = 99,9 %

Kinder.

	Bei spontanen Geburten	Bei operativen Geburten	Summa
Lebend geboren	7 = 43,8 %	6 = 42,9 %	13 = 43,3 %
Tot geboren	7 = 43,8 %	7 = 50 %	14 = 46,6 %
Gestorben	2 = 12,4 %	1 = 7,1 %	3 = 10 %
	16 = 100 %	14 = 100 %	30 = 99,9 %

Von den 116 Fällen mit Fieber in der Geburt hatten 28 über 39°, also 24,1 %. Hiervon verliefen 14 Geburten spontan. Wenn wir den Wochenbettsverlauf dieser 28 Fälle mit der Gesamtzahl vergleichen, so sehen wir, daß ein fieberfreies Wochenbett 42,8 % statt 50 % hatten, fast fieberfreies 17,8 % statt 19 %, und Fieber im Wochenbett 39,3 % statt 31 % hatten.

Tabelle IX.

	Vollkommen fieberfrei	1—2 Tage Fieber	Langdauernd. Fieber
Wochenbettsverl. bei über 39° i. d. Geburt	12 = 42,8 %	5 = 17,8 %	11 = 39,3 %
Bei der Gesamtzahl aller Fieberfälle	58 = 50 %	22 = 19 %	36 = 31 %

Dabei sehen wir auch hier (Tabelle VIII), daß die Prognose bei den operierten Fällen eine viel schlechtere ist, als bei den spontan verlaufenden Geburten.

Auch die Prognose für das Kind ist bei den Fällen, wo das Fieber über 39 in der Geburt war, eine schlechtere. Ich muß aber bemerken, daß bei mehr als der Hälfte der spontan verlaufenden Fälle mit Fieber über 39°, die Temperatur gleich nach der Entbindung fiel und im Laufe des Wochenbetts normal blieb. Daher erscheint mir der Schluß berechtigt, daß auf Grund der hohen Temperatur allein noch keine schlechte Prognose zu stellen ist. Wichtig ist, ob die Verhältnisse der Geburt derart sind, daß die Geburt spontan erfolgen kann oder nicht.

Dies legt uns nahe, auf die wichtige Frage der Therapie bei Fieber in der Geburt etwas genauer einzugehen. Früher galt das Fieber intra partum, sofern es nicht als funktionelles angesehen wurde, als strikte Indikation zur sofortigen Beendigung der Geburt. Wir halten jedes in der Geburt auftretende Fieber als hervorgerufen durch Infektion oder durch Intoxikation und gerade aus diesem Grunde ist es wünschenswert, einen operativen Eingriff nach Möglichkeit zu vermeiden. Bei einer operativen Entbindung ist im allgemeinen die Zahl der entstandenen Ver-

letzungen eine viel größere, als bei der spontanen Entbindung. Je mehr Verletzungen, desto größeren Spielraum wird der Verbreitung der Infektion geboten. Wir sehen aus Tabelle IV, wieviel ungünstiger die Prognose der operierten Fälle für das Wochenbett ist, und deshalb muß ich mich der Ansicht Winters anschließen, der eine künstliche Entbindung nur dann für gerechtfertigt hält, wenn sie spielend leicht ist oder strikte Indikation, abgesehen vom Fieber, vorhanden ist. Im allgemeinen ist dasjenige Verfahren, welches die mütterlichen Weichteile am wenigsten verletzt, vorzuziehen.

Eine viel umstrittene Frage in der Therapie und Prophylaxe des Fiebers bilden die Spülungen.

Ahlfeld, der eifrige Verteidiger der präliminaren Douche, hält die präliminare Reinigung der Geburtswege für eine unerläßliche Bedingung, um schwere Kindbettsfieberfälle zu verhüten. Dagegen ist Bumm der Ansicht, daß „eine innere Desinfektion bei Frauen mit normalem Sekret vom bakteriologischen Standpunkte aus nicht nur für überflüssig, sondern auch für bedenklich erklärt werden muß. Die Sekretbeschaffenheit wird künstlich geändert und an der Stelle des physiologischen Sekrets tritt eine dünn seröse, bei längerer Geburtsdauer eitrig oder blutig verfärbte Flüssigkeit, in welcher man nicht mehr die unschädlichen Bazillen, sondern massenhaft Kokken findet.“

Was nun die Spülungen in pathologischen Fällen, wie Fieber intra partum betrifft, so behauptet Ahlfeld, daß selbst, wenn das Fieber in ziemlicher Höhe auftrat, es ihm durch Reinigung des Genitalschlauches gelungen ist, das Fieber zu mildern, wenn nicht gar vollständig zu beseitigen.

Auch Krömer hält eine Uterusspülung bei Fieber in der Geburt für indiziert.

In der geburtshilflichen Klinik der Königlichen Charité wird im allgemeinen nur selten gespült. In den seltenen Fällen, wo während der Geburt gespült worden ist, waren die Resultate verschieden. Meist fiel die Temperatur nach einer Spülung für kurze Zeit, stieg jedoch häufig nach einiger Zeit zur früheren Höhe wieder an. Auf Grund der sieben Spülungen, die gemacht worden sind, darf ich keine Schlüsse ziehen, ich glaube aber v. Herff hat recht, wenn er sagt: „Die Gefahr der Selbsttäuschung liegt ungemein nahe, insofern als bei schwach angriffskräftigen Spaltpilzen Gebärmutterspülungen einen Nutzen vortäuschen, der bei eingriffskräftigen zweifellos ausbleiben würde.“

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Bumm für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besten Dank auszusprechen. Herrn Oberarzt Privatdozent Dr. Liepmann bin ich für die Anregung zu dieser Arbeit und freundliche Unterstützung bei ihrer Ausführung zum ergebensten Danke verpflichtet.

Literatur.

Ahlfeld, Beiträge zur Lehre vom Resorptionsfieber in der Geburt und im Wochenbett. Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtsh. Bd. 27.

— Klinische Beiträge zur Frage von der Entstehung und Verhütung der fieberhaften Wochenbettserkrankungen. Zeitschrift f. Gyn. und Geburtsh. Bd. 40, 41 und 43.

Adler, Fieber bei Kreißenden. Dissertation Berlin 1887.

Baisch, Der Einfluß der Scheidenspülung auf die Morbidität im Wochenbett.

Blumreich, Fieberkurve einer Schwangeren. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 59.

Bretschneider, Klinische Versuche über den Einfluß der Scheidenspülungen während der Geburt auf den Wochenbettsverlauf. Arch. f. Gyn. Bd. 63.

Bumm, Zur Frage der inneren Desinfektion Kreißender. Zentralbl. f. Gyn. 1892.

— Zur Kenntnis des Eintagsfiebers. Zentralbl. f. Gyn. 1897, Bd. 45.

Döderlein, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. 1907.

Glöckner, Temperaturmessungen bei Gebärenden. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 21.

Heliendall, Ueber die Bedeutung des infizierten Fruchtwassers für Mutter und Kind. Beiträge zur Geburtsh. und Gyn. Bd. 10.

v. Herff, Ueber die Bewertung gewisser Behandlungsmethoden der Bakteriämie des Kindbettes, insbesondere der Hysterektomie. Deutsche Med. Wochenschr. 1908. Nr. 24.

— Der Blasenriß bei der künstlichen Frühgeburt. Münch. Med. Wochenschr. 1908. Nr. 50.

Ihm, Ueber die Bedeutung des Fiebers in der Geburt. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 52.

Kaute, Fieber in der Geburt. Dissertation Berlin 1889.

Krönig, Ueber Fieber intra partum. Zentralbl. f. Gyn. 1894.

Krömer, Der heutige Stand der Wochenbettspflege. Deutsche Med. Wochenschr. 1907.

Lehmann, Beiträge über Geburten mit übelriechendem Fruchtwasser. Arch. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. 78.
Liepmann, Zur Aetiologie der Eklampsie. Münch. Med. Wochenschr. Nr. 51. 1905.
Menge und Krönig, Bakteriologie des weiblichen Genitalkanals. Leipzig 1887.
Müller, Zur Aetiologie des Fiebers unter der Geburt. Archiv f. Gyn. 1902. Bd. 62.
Olshausen, Zentralblatt 1909. Nr. 2.
Sommer, Fieber in der Geburt. Dissertation Marburg 1897.
Schmaus, Grundriß der pathologischen Anatomie.
Wichmann, Fieber unter der Geburt und im Wochenbett. Dissertation Berlin 1897.
Winter, Fieber unter der Geburt. Zeitschr. f. geburtshilfliche Gyn. Bd. 23.
v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe.
Ziegler, Allgemeine Pathologie.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
1) D. 18 J. I p. Nr. 4 I 06	39,6 n. Blasensprung	20	24	Champetier u. hohe Zange	tot	normal	fieberfrei		
2) R. 26 J. I p. Nr. 14 I 06	38. P. 102 n. Bl.	$11^1/_2$	$11^1/_2$	spontan	lebt	„	bloß am 3. Tg. 38,2		
3) R. 31 J. I. p. Nr. 20 I 06	38,3 P. 88			„	tot	—	3. u. 4. Tag 38,5 und 38,1	Steißlage	
4) Kr. 23 J. II p. Nr. 76 I 06	38,3 P. 84 n. Bl.	48	9	„	Placenta u. Eiblase mit Kind. Kind tot 8 Mon.	—	3 Stunden nach der Geburt 38,7, dann fieberfr.		Ulcus molle Ekzem d. Oberschenkels
5) Kr. 23 J. I p. Nr. 100 I 06	38,6 n. Bl.	19	7	„	lebt	normal	fieberfrei		
6) Sch. 24 I p. Nr. 101 I 06	38,9		36	Extraktion	Asphyktisch, lebt	„	normal	„	Ulcus molle
7) W. 46 J. II p. Nr. 125 I 06	38,3 P. 124 n. Bl.		96 Std.	Ausschälung 2 Myome Wendung u. n. 36 Stunden Extraktion	tot	—	Die ersten 2 Tage 38, 38,2	Querlage	Myome

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
8) Sp. 24 II p. Nr. 134 I 06	38,3 P. 78	1	27	spontan	lebt		normal		
9) T. 23 J. I p. Nr. 100 II 06	38,6 P. 96		16	„	„	normal	„		
10) D. 26 J. I p. Nr. 127 II 06	38,1	15	33	„	„	„	„		
11) P. 27 J. I p. Nr. 139 II 06	38,1 P. 104	35	33	„	„		fieberfrei		
12) Sch. 34 J. I p. Nr. 142 II 06	38,0, P. 84	1	8	„	„		„	Steißlage	
13) R. 32 J. II p. Nr. 203 II 06	38,4, P. 100	3	26	„	Zwillinge leben		Fieber, beginnender Decubitus		Tabes dorsalis
14) D. 23 J. I p. Nr. 102 III 06.	38,6, P. 102			Zange	lebt		Die ersten 10 Tage Fieber		Eklampsie
15) B 27 J. II p. Nr. 152 III 06	38,4, P. 96	5	10	spontan	„		Am 7. Tag 38		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
16) W. 19 J. I p. Nr. 123 IV 06	38,7 bei stehender Blase	$2^1/_2$ Std. wird gesprengt	47	Herabholen des Fußes, spontan geb. bis z. Nabel. Wegen Kontraktion d. unt. Uterusabschnittes gelingt die Extraktion nicht	tot		Hohes Fieber Schüttelfrost Exitus	Fußlage	
17) P. 22 J. I p. Nr. 133 IV 06	38,5, P. 80	$1^1/_2$	56	spontan	lebt		am 8.—11. Tag Fieber		
18) W. 23 J. II p. Nr. 144 IV 06	38,5, P. 70	34	55	„	„		fieberfrei		
19) R. 24 J. I p. Nr. 222 IV 06	38,4, P. 84	12	20	„	Kind n. 24 Std. gestorben		normal		
20) M. 24 J. I p. Nr. 259 IV 06	39,1, P. 90			Zange	tot		nach 24 St. Exitus		Eklampsie
21) M. 28 J. I p. Nr. 6 V 06	38,2	12	84 Std.	Pubotomie Hohe Zange	asphyktisch, lebt	Enges Beck. $9^1/_2$	Am 3., 5. u. 10. Tag über 38^0		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
22) N. 18 J. I p. Nr. 54 V 06	38,4, P. 96	73 St.	25	spontan	tot		fieberfrei		Nabelschnurvorfall. Pulsierte nicht mehr
23) B. 22 J. I p. Nr. 91 V 06	38,6, P. 90 vor Blasenspr.	19	19	Extraktion	„		„	Steißlage	
24) S. 44 J. IV p. Nr. 111 V 06	38,9, P. 120 v d. Blsp.	1	24	spontan	„		Asthmaanfall		Alb. + Beine geschwollen
25) G. 28 J. I p. Nr. 149 V 06	38,4, P. 126	Bei der Operation gesprengt		Champetier Wendung Extraktion	Kind stirbt nach 1 Std.		fieberfrei		
26) R. 23 J. II p. Nr. 151 V 06	38,8 P. 120-150	Bei der Operation		„	tot		Nach einigen Stunden Exitus		Eklampsie Cervixriss. Tamponade.
27) V. 19 J. I p. Nr. 178 V 06	39,0 P. 108	20	20	spontan	tot im 8. Mon.		Nach der Geburt 36,4 am 4. Tag 38,2		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
28) Sch. 19 J. I p. Nr. 11 VI 06	38,7, P. 120 nach Blsp. 39,7 und 38,8	Wird 12 Std. v. d. Geburt wg. Temperatursteigerung gesprengt	36	spontan	lebt	normal	Nach der Geburt 36,7, dann 8 Tage hindurch hohes Fieber		38,7, P. 120 v. Blasensprung. Blase wird gesprengt. 39,7. Nach Scheidenspülung 38,8.
29) W. 20 J. I p. Nr. 28 VI 06	40	Vor 14 Tagen		„	tot im 7. Mon.		Nach der Geburt 35,5 u. fieberfrei		
30) N. 33 J. II p. Nr. 50 VI 06	39		21	„	stirbt nach 8 Std. im 7. Mon.		fieberfrei		
31) Schn. 22 J. I p. Nr. 53 VI 06	39,3 P. 120	26	77	spontan Zwillinge	I tot II lebend		Nach der Geburt 37.6		Atonie. Oedeme beider Beine und des Unterleibes, Alb. —, Placenta lässt sich nicht exprimieren, wird in Narkose herausgez.
32) B. 23 J. I p. Nr. 87 VI 06	38,5 P. 120 v. Blasensprung	1	72	Champetier Geburt spontan	lebt	normal	Durchfall Placentarreste ausgeräumt, Spülung		

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
33) V. 26 J. II p. Nr. 118 VI 06	38,1	20	25	Wendung Extraktion Cervixriss	tot		Am nächsten Tag 38,1, sonst fieberfrei	Querlage	
34) L. 36 J. I p. Nr. 151 VI 06	38,4 P. 120	60.	60	Dilatation Hohe Zange Spülung mit essigsaurer Tonerde	Kind stirbt n. 1 Std.		Nach der Geburt 36,9, P. 118, fieberfrei		Oedem d. Beine. Sehr dicke Frau, Alb. +, oberfl. Atmung, Spülung n. d. Geburt.
35) W. 25 J. I p. Nr. 44 VII 06.	38,8 P. 80	13	13	spontan	Zwillinge, der eine stirbt am 2., der andere am 3. Tage.		Fieber während 8 Tage	1 Kind Steißlage	
36) H. 15½ J. I p. Nr. 79 VII 06	39,5 P. 112 v. Bl.	bei der Unters. gesprung. 14 Std. vor der Geburt	vor 15 T. Wehen, fern. vor. 8 Tg. dann vor 2 Tg.	„	lebt 3130 g	17 Conj. ext.	Fieber mit Frost und Erbrechen. Austritt nach 1 Monat		Vor 15 Tagen lag Patientin mit schw. Wehen auf d. Kreissaal. T. 39,5, nach Scheidensp. 38,2
37) F. 27 J. I p. Nr. 86 VII 06	38,0 P. 120	39	53	Hohe Zange Scheidenriß	lebt	normal	Schüttelfrost, Fieber, Cystitis, Austritt n. 3 Wochen		

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
38) L. 18 J I p. Nr. 116 VII 06	38,3	$8^1/_2$	23	spontan	lebt		fieberfrei		
39) S. 21 J. I p. Nr. 3 VIII 06	38,1 P. 84	2	12	„	„		Am selben Tg. noch 38,2 u. 38,5, dann fieberfrei		
40) Br. 21 J. I p. Nr. 15 VIII 06	38,4		96	„	tot		normal		
41) S. 28 J. I p. Nr. 27 VIII 06	38,8 P. 150	84	84	Zange Cervixriss	stirbt n. 3 Std.		fieberfrei		
42) Eb. Nr. 106 VIII 06	38,7			spontan	lebt		Temp. steigt auf 39,8, P. 160. Am nächsten Tag Exitus		Eklampsie.
43) R. 36 J. I p. Nr. 112 VII 06	39,0 Schüttelfr.	41	36	Zange	„	normal	Nach der Geburt 38,0 dann normal		
44) A. 25 J. I p. Nr. 196 VII 06	38,3	vor 6 Tg. übelriech. Fruchtwasser		Extraktion Perforation des toten Kindes	tot		Am nächsten Tag 39,4, dann 38,5, d. fieberfrei	Fußlage	

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
45) W. 21 J. II p. Nr. 191 VIII 06	38,4	12	15	spontan	lebt		normal		
46) B. 21 J. I p. Nr. 27 IX 06	38,2	23	30	Zange (Beckenausgang)	„	normal	fieberfrei		
47) R. 30 J. I p. Nr. 29 IX 06	38,0	10	19	Zange wegen Wehenschwäche	„	„	„		
48) H 22 J. III p. Nr. 236 IX 06	39 v. d. Blasensp.	10		Wendung Perforation Extraktion	tot im 7. Mon.		Nach der Geburt 37,6 fieberfrei		Uterusinhalt stinckend zersetzt Spülung
49) M. 17 J. I p. Nr. 246 IX 06	38,0 P. 72	5	51	Zange	lebt		Acht Tage Fieber, Scheidenspülung		
50) L. 31 J. IV p. Nr. 78 X 06	38,2	1	26	Mit Sichelmesser eingegangen Wendung Extraktion	„		Fieber, Erbrechen 8 Tg.		Alb. 3‰. Vor einem Jahre an Gebärmutterknickung operiert. Erkr. beider Ovarien.
51) G. 25 J. I p. Nr. 102 X 06	39,0	18	48	Perforation d. lebend. Kind.	tot	normal	fieberfrei		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasensprung Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
52) Sch. 22 J. I p. Nr. 111 X 06	38,4 vor Blasensp.	$^1/_2$	29	spontan	maceriert		10 Tage Fieber		Lues! In den Kulturen keine Streptokokken.
53) J. 32 J. II p. Nr. 179 X 06	38,9	32	22	„	lebt		normal		
54) R. 18 J. I p. Nr. 184 X 06	38,5	21	21	Wendungsversuch in der Stadt Spontan geb.	tot im 8. Mon.		1. und 2. Tag Fieber, dann normal		
55) Eis. 27 J. I p. Nr. 26 XI 06	39,8 P. 96	14	14	Zwillinge spontan	tot		Schüttelfrost Antistreptokokkenser. danach norm.		
56) St. 24 J. III p. Nr. 119 XI 06	38,8 bei stehender Blase			Dilatation des Cervikalkanals Zange	Kind lebt etw. somnolent (Scopulamin)		Fieber. Befind. schlecht, nach 5 Tagen Exitus		Urin starker Eiweißgehalt Eklampsie.
57) Gr. 18 J. I p. Nr. 126 XI 06	38,4	12	13	spontan	lebt		1. u. 2. Tag Temperatur 39,6 u. 39 dann normal		Wegen anhaltender Blutung vor Wehenbeginn Scheidentamponade.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
58) Sch. 20 J. I p. Nr. 42 XII 06	38,0 P. 132	23	23	Pubotomie nach 8 St. Zangenextraktion	lebt	Enges Beck. sp. 24 cr. 27,5 tr. 31 cj. ext. 16 cj. diag. 9 cj. V. 7,5	Fieber, Vereiterung der Pub. Wunde Als geheilt entl.		
59) Seid. 22 J. II p. Nr. 128 XII 06	40,7 P. 128			spontan	tot		Nach $^1/_2$ Std. Blutung. Temp. am n Tage 36,8 u. weiter normal		Alb. + Cyanose d. Gesichts hat 14 Tag. Frostgef. u. keine Beweg. d. Kind. gefühlt.
60) Sch. 19 J. I p. Nr. 201 XII 06	38,1 vor Bl.	$1^1/_2$	4 Tage	„	lebt		normal		Lues! Ulcus a. d. Schamlippe der excidiert wird. Temperatursteig. war schon vor d. Exzision aufgetr.
61) Sa. 24 J. I p. Nr. 229 I 07	38,2 P. 156 38,6	35	30	Zange	tot		Fieber Streptococcen		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasensprung Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
62) Sch. Nr. 210 II 07	38,6 P. 125			Vaginaler Kaiserschnitt	lebt		Fieber bis über 40. Nach 4 Tg. Exitus		Eklampsie.
63) Z. 21 J. I p. Nr. 78 III 07	Temp. n. Schüttelfr. 40,8 P. 148			spontan	„		Fieber die ersten 4 Tg; am 10. Tag entlassen		Alb. + V. 14 T. stark. Erbrechen mit Blutverlust, Schüttelfrost und Fieber.
64) Er. 21 J. I p. Nr. 181 III 07	38.4 P. 90	1	30	Extraktion	maceriert VIII. Mon.		fieberfrei	Steißlage	Lues! Fruchtwasser übelriechend.
65) B. 24 J. I p. Nr. 232 III 07	38,2 P. 72	8	18	spontan	lebt		1. u. 2. Tag Fieber, dann normal		
66) R. 34 J. IX p. Nr. 98 V 07	38,7 P. 68	17	24	„	Kind mac. i. IX. Mon.		Blutung Kochsalzinjektion. Tamponade. Fieber 5 Tg. Nach 10 Tg. entlassen		14 Tg. v. d. Geb. Schüttelfrost u. seit der Zeit keine Bewegungen.
67) H. 26 J. I p. Nr. 144 V 07	38,5 P. 80 b. st. Bl. d. 39 P. 90			Vaginaler Kaiserschnitt	lebt		Fieber. Nach 7 Tagen Exitus		Eklampsie reichl. Albumen.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
68) L. 32 J. VII p. Nr. 179 V 07	40,0 P. 106			Wendung auf den Fuß Extraktion Manuelle Lösung d. Placenta	Kind stirbt		Schüttelfrost. Streptokokken. Nach 6 Wochen als geheilt entl.		Seit 5 Wochen leichte Blutungen Placenta praevia.
69) St. 26 J. I p. Nr. 18 VI 07	38,4 P. 136		112	Dilatation Perforation	tot	E. Bck. sp. 25 cr. 25,5 Tr. 29 Cj. 16	1. und 2. Tag fieberfrei.		Necrose, Blasenfistel.
70) S. 37 J. I p. Nr. 31 VI 07	39,0 P. 150	131	84	spontan	„		Fieber Blasenspül. Nach 10 Tg. normal		Tympania uteri. Fruchtw. stink. Crede ohne Erf. nach 3 Stunden. manuelle Lös. der Placenta.
71) R. 25 J. II p. Nr. 71 VI 07	39,1 b. st. Bl.			Wendung Extraktion	lebt	Allg. platt ver. Beck. sp. 24 cr. 26 Tr. 29 Cj. 17	5 Tage Fieber		Fruchtw. stink. Alkolspülung.

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
72) F. 34 J. III p. Nr. 72 VI 07	39	wird gesprengt	5 Tage	Champetier Wendung Extraktion	lebt		Fieber		Vor $1^1|_2$ J. Prolaps d. Scheide op. Vor 2 J. Gallensteinop. Amput. d. Portio
73) St. 17 J. I p. Nr. 93 VI 07	38,5 P. 72		30	spontan	„	allg. pl. ver. sp. 25 cr. 26 Tr. 29 Cj. 19	normal		Unterschenkel stark gekrümmt
74) R. 28 J. I p. Nr. 48 VIII 07	38,5 P. 155	36	48	Zangenversuch mißlingt Perforation des toten Kindes Uterusspülg.	tot		3 Tage Fieber dann normal	Stirnlage	Fruchtwasser stinkend. Uterusspülung
75) Sp. 42 J. I p. Nr. 79 VIII 07	38,6	24	5 Tage	Zange	lebt		2. u. 3. Tag Fieber, dann normal		Alte Erstgebärende
76) T. III p. Nr. 100 VIII 07	38,6 P. 130	48		Extraktion am Fuß Perforation des Kopfes	macer.		1. Tag 39,2 2, 3, 4 — normal, 5. Tag 39. 6, 7, 8 norm. Nach 12 Tag.	Steißlage	Fruchtwasser, Placenta übelriechend. Im Secret Streptokokken

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
							verlässt Pat. gegen ärztlichen Rat die Charité.		
77) Br. 29 J. II p. Nr. 214 VIII 07	38,6	72	72	Dilatation Zange	lebt		normal		Fruchtw. etwas riechend.
78) Gr. 28 J. V p. Nr. 30 IX 07	38,2 P. 110	13	21	Wendung Extraktion Scheidentamponade Cervixriss u. Naht	K. stirbt n. 3 St.		Fieber. Nach 16 Tagen als gesund entl.		Placenta praevia. Vor 11 Tagen Blutung und Tamponade.
79) B. 22. J. I p. Nr. 59 IX 07	38,3 P. 120	23	12	spontan	lebt	Enges Beck.	n. d. Geb. 36,8, dann normal		
80) Tr. 19 J. I p. Nr. 65 IX 07	39 P. 120	24	5 Tage	Perforation des lebenden Kindes Spülung	tot	E. B. sp. $26^1/_2$ cr. $27^1/_2$ Tr. 30 Cj. ext. 17 Cj. dg. 8 Cj. v. 6	Nach d. Geb. 36,5 Am 4. Tg. 38 P. 110. Lysolspülung dann normal		Im Secret Gonokokken, Streptokokken, Diplokokken.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
81) M. 23 J. II p. Nr. 111 IX 07	39,8 P. 96	5	17	spontan	lebt		Nach d. Geb. 36,7 fieberfrei		
82) W. 36 J. III p. Nr. 39 X 07.	41,0 nach Schüttelfr. bei steh. Blase aber Tamp.		24	Blase wird gesprengt Extaktion	tot im VIII. M.		Schüttelfrost 5 Tage lang d. Absinken d. Temperat. Seruminjekt.	Steiß- u. Fußlage	Placenta praev.
83) R. 26 J. III p. Nr. 95 X 07	38,5	24	24	Perforation u. Extraktion	tot	E. B. Cj. ext. 16 Cj. dg. 9	Fieber Nach 2 Wch. Exitus		I. u. II. Geburt spontan Sepsis Trombose der Vena cava inf.
84) D. 29. J. II p. Nr. 128 X 07	38,6 P. 138	36	84	Extraktion d. toten Kindes	„		Schüttelfrost Streptokokken. Nach 10 T. fieberfr.		
85) Str. 26 J. I p. Nr. 141 X 07	38,4 P. 160		29	Zange	lebt		normal		Eklampsie. Alb. geht rasch zurück
86) H. 40 J. XIII p. Nr. 142 X 07	38,5		48	spontan	tot		Nach d. Geb. normal. Am 2. Tag 38,7. Streptokokken, dann normal		Meconiumabg. Fruchtwasser stark riechend.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
87) M. 22 J. I p. Nr. 30 XI 07	39,6 P. 100	5	12	spontan	faultot		Nach d. Geb. 36,0	Steißlage	Lues
88) Kr. 20 J. II p. Nr. 42 XI 07	38,6 P. 90		4	„	lebt		blos am 5. T. 39,2		
89) Res. 20 J. I p. Nr. 44 XI 07	38 P. 100	7	7	„	„		normal		
90) B. 27 I p. Nr. 70 XI 07	38,5	29	48	hohe Zange	„	norm.	„		Fruchtwasser stinkend. Cervixriß.
91) G. 20 J. II p. Nr. 104 XI 07	38,6 P. 110	34	50	Perforation Herztöne nicht hörbar	tot		Am 9. Tag 38,9, Kokken Spülung, dann normal		Wehen selten. Seit 3 Stunden fließt venös. Blut aus dem Uterus. Es wurde vorzeitige Lösung der Placenta angenommen. In Wirklichkeit Nabelschnurgefäß geplatzt
92) Hel. 33 J. VI p. Nr. 123 XI 07	38,4 P. 120	58	53	spontan	lebt		5., 8. u. 10. T. Fieber, Diplokokken		Nach Blasensprung Frösteln.

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
93) H. 24 J. II p. Nr. 167 XI 07	38 P. 98	71	41	spontan	lebt		normal		
94) Al. 21 J. II p. Nr. 153 XII 07	38,3 P. 100	1	5	„	lebt. Nach 3 Tagen an Conj. blenor. †		„		
95) Z. 18 J. I p. Nr. 157 XII 07	38,1 P. 90	18	17	„	lebt		„		
96) D. 23 J. I p. Nr. 192 XII 07	38,4 P. 80		13	„	„		Normal bis zum 7. Tag, dann Fieber		Atonie.
97) A. 18 J. I p. Nr. 235 XII 07	38,0 P. 85		$7^1/_2$	„	„		normal		
98) G. 32 J. II p. Nr. 241 XII 07	38,5 P. 106	15	15	„	„		„		
99) T. 23 J. III p. Nr. 25 I 08	38,5 P. 130			Wendung Extraktion Cervixriss Totalextirpation d. Uterus	„		Fieber. Hoher Puls. Als geh. entlassen	Steißlage	Abgewichene Steisslage. Kontraktionsring des Uterus. Aeußerer u. innerer Cervixriß. Blutung.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
100) Tr. 36 J. VII p. Nr. 29 I 08	39,2 P. 100	48	36	Wendung Extraktion	lebt		normal	Rechte Hand vorgefallen	
101) Kar. 21 J. I p. Nr. 38 I 08	38,0 P. 96	1	20	spontan	„		„		
102) Rh. 18 J. I p. Nr. 68 I 08	38,8 P. 84 b. st. Bl.	$2^1/_2$	25	„	„		nach d. Geb 36,8		
103) M. 22 J. II p. Nr. 72 I 08	38,5 P. 104	$2^1/_2$	20	„	„		normal		
104) E. 19 J. I p. Nr. 74 I 08	38,0 P. 106		16	Kind in Eihäuten geboren	tot VIII. Mon.		„		
105) H. 21 J. I p. Nr. 83 I 08	38,2 P. 102	14	10	spontan	lebt		„	Steißlage	
106) N. 20 J. I p. Nr. 149 I 08	38,3 P. 96	29	24	„	„		Ein paar Tage Fieber. An den kl. Labien ein speckig belegter Riss		Lues

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
107) Kl. 21 J. III p. Nr. 102 II 08	38,5 P. 98	24	10	spontan	tot		Wöchnerin verlässt auf eig. Wunsch n. 4 Tagen die Klinik. Kein Fieber	Steißlage	Fruchtwasser meconiumhaltig Placenta auf der Oberfläche grauweiss.
108) B. 23 J. I p. Nr. 108 II 08	38,5 P. 94	39	39	Dilatation Perforation d. toten Kindes Extraktion Spülungen	„	Cj. ext. 19	fieberfrei		Frau tobt sehr. Keine Oedeme. Kein Albumen.
109) M. 25 J. III p. Nr. 165 II 08	38,5	7		spontan	tot i. VII. M.		„		
110) P. 27 J. I p. Nr. 194 II 08	38,1 P. 94 40,1	21	5	„	lebt stirbt am 2. Tag. Septische Atelektase		fällt nach der Geburt auf 35,8, dann 3 Tage Fieber und weiterer Verlauf fieberfrei	Steptokokken Staphylokokken	
111) Sch. 20 J. II p. Nr. 215 II 08	38,0	$6^1/_2$	6	„	lebt		fieberfrei		
112) E. 24 IV p. Nr. 93 III 08	38,2 P. 112	1	13	„	„		„		

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
113) H. 26 J. I p. Nr. 13 IV 08	38,1 P. 80	$1^1/_2$	9	spontan	lebt		fieberfrei		
114) H. 18 J. I p. Nr. 55 IV 08	38,4 P. 116 b. st. Bl.		24	Ballon Zange	„		„ kein Anfall		Eklampsie. Erblindung und 2 Tg. nach der Geburt wieder Lichtempfindung.
115) H. 24 II p. Nr. 90 IV 08	39,1 P. 118	48	48	Wendungsversuch mißlang Perforation Wendung Decapitation	tot		Temp. 40,3 P. 145. Nach 3 Wochen Exitus	Gesichtslage	Portio fehlt, vor einem Jahre Portioamputation. Sektion: sept. Trombophlebitis
116) F. 27 J. II p. Nr. 233 IV 08	38,8 P. 110	21	20	spontan	lebt		normal		
117) Gr. 27 I p. Nr. 31 V 08	39,4 P. 120-140 kaum fühlbar			Extraktion des toten Kindes Laparotomie Totalextirpation	tot		Nach Schluss der Operation fällt Patientin in Agonie Exitus	Steißlage	Seit 5, 6 Tagen keine Kindsbewegungen mehr, vor 2—3 Tagen Erbr. schwarz. Massen. Vor 4 Jahr. hatte Pat Magengeschwür.

Name, Alter, Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
118) Sch. 23 J. III p. Nr. 53 V 08	38,1 P. 90	24	21	normal	lebt		Temp. 40 10 Tg. Fieber		
119) L. 21 J. I p Nr. 92 V 08	39,6	49	45	spontan	„		normal		
120) Th. 33 J. V p. Nr. 18 VI 08	38 b. st. Bl.	3	4 Tage	„	tot		„		Da Placenta auf Crede nicht folgt, manuelle Lösung Spülung.
121) Sch. 37 J. VII p. Nr. 31 VI 08	40,0 P. 140		48	Wendung Extraktion Cervixruptur Totalexstirpation d. Uterus	lebt		Nach d. Op. 39 P. 140. Noch am selben Tage Temp. 37,2 P. 130. Nach 4 Woch. verläßt sie Klinik		Wendung und Extraktion in d. Poliklinik. Totalexstirpation in der Klinik.
122) Kl. 19 J. II p. Nr. 139 VI 08	38	15 Min.	$6^1/_2$	spontan	„		Temp. norm. Pat. wird am 8. Tag entlassen, am 10. kehrt mit Fieber wieder Pyelitis		

Name, Alter Journ.-Nr.	Temperatur während der Geburt	Blasenspr. Stunden vor der Geburt	Geburtsdauer Stunden	Entbindung	Kind	Becken	Wochenbett	Kindeslage	Bemerkungen
123) H. 42 J. XIII p. Nr. 153 VI 08	38,5 P. 100 v. d. Exp. placentae	vor 4 Tg. vom Arzt gesprengt	8	spontan	lebt		Nach Expres. d. Placenta u. Alkoholspülung Temp. 36,6		Placenta praevia.
124) G. 32 J. V p. Nr. 190 VI 08	38,0 P. 110	$^1/_2$	42	„	„		Schüttelfr. u. 40, am 2. Tag noch am selb. Tag fällt auf 37 und bleibt normal		
125) G. 20 J. I p. Nr. 195 VI 08	38,1 P. 86	$^1/_2$	48	„	„		normal		
126) Sch. 24 J. I p. Nr. 251 VI 08	39,2 P. 150	24	24	Hohe Zange	„	Allg. gleich verengt. Beck. sp. 25 cr. 27 Tr. $29^1/_2$ Cj. $18^1/_2$ Cj. dg. 10	Fieber Cystitis		Leichte Blutung. Glutealabscess.

Lebenslauf.

Ich, Regina Schur, geb. Frumkin, mosaischer Konfession, wurde am 8. Januar 1881 zu Kowno (Rußland) geboren. Meine Schulbildung erhielt ich am Mädchengymnasium zu Kowno. Das Examen in Latein im Umfange der Reifeprüfung bestand ich am Knabengymnasium zu Kowno im Jahre 1902. Mein medizinisches Studium begann ich im Herbst 1902 als Hospitantin an der Universität zu Freiburg i. Br. Dort bestand ich im Jahre 1905 die ärztliche Vorprüfung. Meine Studien setzte ich in Heidelberg und dann wieder in Freiburg fort. Im Herbst 1906 kam ich als Hospitantin an die Berliner Universität. Michaelis 1908 wurde ich daselbst als ordentliche Studierende immatrikuliert. Ich besuchte die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten: in Freiburg: Axenfeld, Gaupp, Gierke, Himstedt, Hoche, Keibel, Killian, Killiani, Knoop, Kraske, v. Kries, Weissmann, Wiedersheim. In Heidelberg: Arnold, Erb, Kaposi, von Rosthorn, Schmidt, Schoenhorn. In Berlin: Benda, Bumm, De la Camp, Henkel, Heubner, Hildebrand, Kaiserling, Kraus, Lesser, Nagel, Rubner, Stoeckel, Ziehen.

Allen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen aufrichtigsten Dank aus.